ALLEGATO A

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE (per persone giuridiche)**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

dell’I.C. “ Francesco Vivona “

di Calatafimi Segesta TP

**Oggetto: Domanda di partecipazione all’Avviso pubblico per la selezione della figura professionale di Medico Competente.**

Il/la sottoscritto/a nato/a a \_\_\_\_

prov. \_il , Codice Fiscale \_\_ \_\_\_ ,

in qualità di titolare/Legale rappresentante della ditta/società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_ \_\_\_ alla via/piazza \_ \_\_\_\_ **,** codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. Iva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_ \_\_ **,** peo

pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l'attribuzione dell'incarico di Medico Competente di cui all’Avviso in oggetto.

**A tal fine**

**DICHIARA**

**consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (Art. 76 DPR 445/2000), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000**

* di aver preso visione dell’Avviso Pubblico relativo alla presente selezione e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste;
* che l’impresa/società è regolarmente iscritta alla C.C.I.A.A. (Camera di Commercio, Industria Artigianato ed Agricoltura) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per lo svolgimento dell'attività specifica attinente il servizio di cui al presente Avviso;
* che l’impresa/società possiede tutte le iscrizioni e le abilitazioni necessarie per la fornitura e l'espletamento dei servizi oggetto della presente gara;
* di essere iscritto all’INPS sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all’INAIL sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice ditta n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che l’impresa/società, ai sensi dell'art.17 della Legge 68/99 è in regola con le norme della suddetta legge (norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili) ovvero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che l’impresa/società non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività, di concordato preventivo, di sospensione dell'attività commerciale e in nessuna delle condizioni di esclusione previste dall'articolo 80 del D. Lgs. 19 aprile 2016 n. 50 e successive integrazioni;
* che nei confronti dell'amministrazione o dei rappresentanti legali della società non sia stata pronunciata condanna con sentenza passata in giudicato per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale per delitti finanziari;
* che l’impresa/società è in regola con obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori ed il pagamento di imposte e tasse secondo la legislazione vigente;
* di essere a conoscenza che la presente richiesta non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l’Amministrazione che sarà libera di seguire anche altre procedure e che la stessa Amministrazione si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa;
* di essere a conoscenza che la presente dichiarazione non costituisce prova di possesso dei requisiti generali per l’affidamento del servizio, che invece è dichiarato dall’interessato ed accertato dal committente nei modi di legge in occasione della procedura di affidamento;
* di non trovarsi in ogni altra situazione che possa determinare l’esclusione dalle gare e/o incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi delle vigenti disposizioni di legge in materia;
* di autorizzare, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, e del D. Lgs n. 196/2003, il trattamento dei dati personali, per le esclusive esigenze collegate alla presente procedura e per l'eventuale successiva stipula del contratto;
* di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, a trasmettere la dichiarazione di cui alla legge n. 136/2010 sulla tracciabilità dei flussi finanziari

**DICHIARA altresì**

* chela persona designata ad assumere l’incarico di Medico Competente all’interno dell’I.C. è il dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in possesso dei titoli e dei requisiti previsti dall’Avviso in oggetto.

**Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Regolamento europeo Privacy 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/03, autorizza l'Istituto Scolastico al trattamento dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale sono rilasciati e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione.**

Luogo e data

Firma del titolare/rappresentante legale

Allega alla presente: Allegato A

* curriculum vitae in formato europeo, datato e sottoscritto;
* copia del documento di identità, in corso di validità, datato e sottoscritto;
* griglia di valutazione - Allegato B
* dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità – Allegato C.
* offerta economica (espresso in cifre e lettere) – Allegato D
* autorizzazione se dipendente pubblico, da parte dell’Amministrazione di appartenenza.

Data Firma

Firma del titolare/legale rappresentante

ALLEGATO B

**GRIGLIA DI VALUTAZIONE**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

dell’I.C. “ Francesco Vivona “

di Calatafimi Segesta TP

Il/La sottoscritto/a nato/a ( ) il

, ai fini della partecipazione all’Avviso di selezione per reclutamento di un Medico Competente di cui all’Avviso, pubblicato da codesto Istituto Scolastico, chiede la valutazione di quanto riportato nella presente griglia di valutazione (nella quale è necessario specificare il riferimento alla pagina del C.V. in cui il titolo o l’esperienza professionale è descritta):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITERI** | **Punteggio**  **massimo** | **Da compilare a cura del candidato** | **Da compilare a cura della Commissione** |
| a.Corsi di specializzazione ed aggiornamenti relativi alla medicina del lavoro o alle altre materie indicate dall’art.38, comma 1, del D. Lgs. 81/2008, e s.m.i con valutazione o esame finale:  **punti 1 per ogni corso fino ad un massimo di 10 punti** | Max 10 punti |  |  |
| b.Attività di docenza in corsi di formazione per lavoratori attinenti alla medicina del lavoro o alle altre materie indicate dall’art. 38, comma 1, del D. Lgs. 81/2008, con esclusione di quelli relativi all’art. 25, comma 1, lett. a) del D. Lgs. 81/2008 (attività formative per conto del datore di lavoro**)**  **punti 1 per ogni docenza fino ad un massimo di 10 punti**  *)* | Max 10 punti |  |  |
| **3.**Esperienza di Medico competente in istituti scolastici  *(specificare) –*  *Istituto A.S.*  *Istituto A.S.*  *Istituto A.S.*  *Istituto A.S.*  *Istituto A.S.*  *Istituto A.S.*  *Istituto A.S.*  *Istituto A.S.*  *(punti 3 per incarico almeno annuale effettuato in tale funzione)*  ***Massimo 30 punti*** | Max 30punti |  |  |
| **4.**Esperienza di Medico competente presso altre Pubbliche Amministrazioni *(specificare)*  *Ente anno*  *Ente anno*  *Ente anno*  *Ente anno*  ***Massimo 10 punti***  *(punti 2 per incarico almeno annuale effettuato in tale funzione)* | Max 10 punti |  |  |
| **7.**Compenso: il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula:  Il punteggio sarà assegnato secondo  la seguente formula:  offerta più bassa x 40 : offerta  **Massimo 40 punti** | Max 40 punti | **A cura della Commissione** |  |
| **NOTE:**  **1) nella valutazione di cui ai punti 3 e 4 le frazioni di anno saranno considerate equivalenti ad un anno, se superiori a sei mesi, non verranno considerate, se inferiori o pari a 6 mesi.** | | |  |

Data

Firma

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA’ E INCOMPATIBILITÀ’ DI CUI ALL’ART.20 DEL D.LGS. 39/2013

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

dell’I.C. “ Francesco Vivona “

di Calatafimi Segesta TP

Il/la sottoscritto/a nato/a a

prov. Il , Cod.Fisc , residente in

\_\_\_via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **,** in relazione all’incarico di

Medico Competente di cui all’Avviso prot. n. 5518/U del 13/05/2022 pubblicato da codesto Istituto Scolastico, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

L’insussistenza nei propri confronti delle cause di incompatibilità e inconferibilità, a svolgere l’incarico indicato, previste dal D.lgs. 39/2013 recante “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati di controllo pubblico, a norma dell’art. 1, c.49 e 50 della L.190/2012”.

Data

Si allega documento di identità in corso di validità.

Firma

ALLEGATO D

OFFERTA ECONOMICA

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

dell’I.C. “ Francesco Vivona “

di Calatafimi Segesta TP

Il/la sottoscritto/a nato/a a

prov. il , Cod.Fisc , residente in

via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in relazione all’incarico di

Medico Competente di cui all’Avviso pubblicato da codesto Istituto Scolastico, comunica il costo del compenso come di seguito riportato:

1. Compenso forfettario omnicomprensivo annuo **€**

Data

Si allega documento di identità in corso di validità.